

Schmerz

Editorial

Warum behandeln Sie keine Schmerzpatienten?



**Prof. Dr. med.
Volker Köllner**

*Reha-Zentrum Seehof
der Deutschen Renten-
versicherung Bund, Teltow*

*Universitätsmedizin Charité,
Forschungsgruppe Psycho-
somatische Rehabilitation*

koellner@psychosoma.de

Schmerzpatienten und Psychotherapie – das ist nicht unbedingt Liebe auf den ersten Blick. Eine schwierige Beziehung von beiden Seiten: Patienten mit chronischen Schmerzen haben es oft noch schwerer, einen ambulanten Psychotherapieplatz zu finden, als Patienten mit Angststörungen oder Depressionen, und wenn in einer Klinik die Frage im Raum steht, wer die Schmerzgruppe übernimmt, ist die Begeisterung meist nicht unbedingt groß.

Umgekehrt sind Patienten mit chronischen Schmerzen oft von der Empfehlung, Psychotherapie zu machen, nicht spontan angetan. Häufig wird solch eine Empfehlung von ihnen noch immer mit der Aussage gleichgesetzt, der Schmerz wäre rein psychisch begründet oder gar nur eingebildet. Nicht selten wird es den Patienten aber auch schwer gemacht, entsprechende Hilfe anzunehmen: Wenn ärztlicherseits über einen längeren Zeitraum mit immer neuen Untersuchungen nach einer körperlichen Ursache für die Schmerzen gesucht wird und dann nach zahlreichen ergebnislosen Untersuchungen die leicht genervte Empfehlung kommt „Vielleicht sollten Sie es einmal beim Psychotherapeuten versuchen?“, wirkt das nicht gerade überzeugend.



**Dr. phil. Barbara Stein,
Dipl.-Psych.**

*Klinik für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Klinikum Nürnberg
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1*

*barbara.stein@
klinikum-nuernberg.de*

Fehlen Kompetenz und Therapiemotivation?

Viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fühlen sich beim Problembereich chronischer Schmerz nicht genügend kompetent oder setzen zu schnell eine fehlende Therapiemotivation auf Patientenseite voraus. Gibt es neue, erfolgversprechende Psychotherapiekonzepte für Patienten mit chronischen Schmerzen? Und wie lassen sich Patienten hierzu motivieren? Auf diese Fragen möchte unser Themenheft eine Antwort geben.

Die folgenden Beiträge sollen zeigen, dass Psychotherapie bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen doch zur Erfolgsgeschichte werden kann. Die Datenlage zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei chronischen Schmerzen ist überzeugend. Psychothera-

pie spielt eine wesentliche Rolle in den Versorgungsalgorithmen der wichtigsten Leitlinien für Schmerzpatienten. Dabei ist bei Schmerzstörungen mit hohem somatischen Anteil v. a. Verhaltenstherapie wirksam, während bei somatoformen Störungen auch für die psychodynamische Therapie gute Wirksamkeitsnachweise vorliegen [AWMF 2012]. Als Beispiele seien hier die nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz [Bundesärztekammer, 2013] oder die S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms [Häuser et al., 2013] genannt.

„Den Schmerzpatienten“ gibt es nicht

Zum einen gibt es zahlreiche störungsspezifische Konzepte, die Therapeuten Handwerkszeug an die Hand geben sollen. Zum anderen zeigen die vielen Beispiele aus der Praxis, dass es bei Patienten mit chronischen Schmerzen nicht anders ist als sonst in der Psychotherapie auch: Letztlich gibt es „den Schmerzpatienten“ nicht – es ist ein individueller Zugang, der zum Erfolg führt. Der kann beim Problem chronischer Schmerz manchmal etwas länger sein, weil ein Teil der Patienten zunächst ein vorgeschaltetes psychoedukatives Modul benötigt, um ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass Psychotherapie eben tatsächlich hilfreich sein kann und nicht nur für Menschen mit „eingebildeten Schmerzen“ gut ist. Hier kann manchmal etwas Kreativität und das Beschreiten ungewohnter Wege notwendig sein. So konnte z. B. schon früh nachgewiesen werden, dass sich die Akzeptanz einer Psychotherapieempfehlung deutlich erhöht, wenn der Erstkontakt im Sinne eines niedrigschwelligen Angebots in der somatischen Einrichtung (z. B. Schmerzambulanz oder -praxis) stattfindet [Köllner et al., 2003]. Überhaupt braucht erfolgreiche Psychotherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen den Dialog, auch mit den anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen.

Multimodalen Therapie als Schlüssel zum Erfolg

In vielen Beiträgen in diesem Heft wird deutlich, dass Psychotherapie allein meist nicht ausreicht, sondern dass die gut aufeinander abgestimmte Kombination unterschiedlicher Maßnahmen im Sinne einer multimodalen Therapie der Schlüssel zum Erfolg ist. Besonders wichtig ist hier die Motivation zu einem aktiven Lebensstil mit ausreichend Bewegung. Multimodal bedeutet nicht zwangsläufig stationär oder tagesklinisch: Auch im Praxisverbund lassen sich multimodale Konzepte realisieren. Entscheidend ist die Kommunikation der Behandler untereinander. Eine strukturelle Grundlage hierfür ist mit den interdisziplinären Schmerzkonferenzen gelegt. Allerdings haben wir in Deutschland mit einer solchen Vernetzung im ambulanten Bereich eher wenig Erfahrung, und auch die Vergütungssysteme honorieren solche Ansätze bisher leider viel zu wenig.

Deutlich wird beim Lesen des Heftes auch, dass es sehr viele Spezialeinrichtungen in Deutschland gibt, die sehr hohe Kompetenz für Patienten mit unterschiedlichsten Schmerzstörungen vorhalten. Leider sind solche Strukturen jedoch nicht flächendeckend vorhanden, und der Übergang von einer Spezialklinik oder Spezialambulanz in die nachfolgende Versorgung gestaltet sich schwierig und weist viele Brüche auf. Diese Bruchlinien lassen sich nur verkleinern, wenn insgesamt mehr Psychotherapeuten sich für die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen begeistern lassen. Auch hierzu soll unser Heft beitragen. Diesen Aspekt greifen wir am Ende des Heftes in einem Round-Table-Gespräch mit erfahrenen Klinikern und Klinikern zum Thema Versorgungsstrukturen noch einmal auf.

Wir hoffen, Sie auf eine besondere Gruppe von Patienten neugierig zu machen und wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.

Volker Köllner

Barbara Stein

Literatur

1. S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.“ (2012). Im Internet: www.awmf.org. Stand: 10.11.2016
2. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz – Langfassung. Version 4. 2010, zuletzt verändert: August 2013. Im Internet: www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz; Stand: 10.11.2016
3. Häuser W, Burgmer M, Köllner V et al. Das Fibromyalgiesyndrom als psychosomatische Erkrankung – Empfehlungen aktueller evidenzbasierter Leitlinien zu Diagnostik und Therapie. *Z Psychosom Med Psychother* 2013; 59: 132–152
4. Köllner V, Larsen B, Oster O et al. Aufbau verhaltensmedizinischer Versorgungsstrukturen für chronische Schmerzpatienten. *Verhaltenstherapie* 2003; 13: 20–29

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-116831>